



DATOS DE IDENTIDAD DEL INTERNO/A:

(Nombre, # DOC, Nacido el)

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION SOBRE LA SALUD

Yo, _____, por la presente autorizo el uso o revelación de información sobre mi salud como se describe a continuación. Se autoriza a la persona u organización siguiente hacer la revelación:

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____

Las clases y fechas de la información que se van a usar o revelar son:

Se piden expedientes sobre el tratamiento por abuso de sustancias/CD (Se requiere el formulario DOC 14-303 o equivalente)

Propósito de la revelación: _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información acerca de infecciones de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Se permite revelar esta información a la persona u organización siguiente para su uso:

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si lo hago, lo tengo que hacer por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Control de Información sobre la Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a información ya emitida como respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada de alguna otra manera, esta autorización expirará en la fecha, ocasión o condición que sigue a continuación: _____. (Si se deja en blanco, la autorización expirará en seis (6) meses de la fecha de la firma).

Entiendo que mi autorización para revelar esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusar firmar esta autorización. No necesito firmar este papel para asegurar que reciba tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se va a usar o revelar en cumplimiento con CFR 164.524 y RCW 70.02. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de revelación posterior no autorizada que no queda protegida por leyes estatales o federales. Si tengo preguntas acerca de la revelación de mi información de salud, puedo comunicarme con el RHIT/designado institucional: _____.

Firma del paciente
(No firme si no se contestó todo.)

Fecha
(El paciente la apunta)

Número de seguro social

Fecha de nacimiento

Número del DOC

Requesting provider: _____ Date mailed/faxed: _____

Las leyes estatales (RCW 70.02; RCW 70.24.105; RCW 71.05.390) y/o reglamentos federales (42 CFR Parte 2; 45 CFR Parte 164) prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento escrito de la persona a quien se refiere o según permita la ley.